

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

SOUHAÏL ABDELMAJID

Matricule :

5552

N° CIN :

H64325

Adresse :

Habituelle

Bénéficiaire de soins :

☐

Adhérent

☒

Conjoint

☐

Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

001714969000048

N° INPE :

091046169

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐

< 3 mois

☐

Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète Sucre

CG = 1.13

HbA1c =

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ADD

+ Insuline

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casa.

le 21/6/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

DR. ABDOUL FATIHA  
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION  
DIABETOLOGIE  
Résidence : Anara (50 Route de l'Oasis)  
En face Gare de (Anara) - Casablanca  
Tél: 0522 28 83 88 - 0522 43 95 43



\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **Dr Elouail Abdelmajid**

Matricule : **5552**

N° CIN : **1764325**

Adresse : **Habituelle**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : **Dr Elouail Abdelmajid**

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. **Dr Elouail Abdelmajid**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**HTA avec HVG modérée**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **Forprolax 5-g / 2, 15-g (2-4/j)**  
**Adaper 5-g (1-4/j)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **19/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr Elouail Abdelmajid**



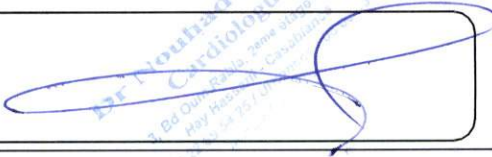

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	SOUHAIL ABDELMAJID
Matricule :	5552 N° CIN : H64325
Adresse :	Habituelle
Bénéficiaire de soins :	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
HTA sans HVG, Diabète, dyslipidémie	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Nebilet 5 - 5 (1/2 cp) Ex-fuge 10 / 160 mg (1 cp) Cardiq 100 mg (1 cp); Lorch 10 mg (1 cp)	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 19/06/2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
 	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

